

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA 2017

Päälöydökset

- Poikkihallinnollisen koordinaation ja johtamisen rakenteet ovat kehittyneet myönteisesti.
- Päätösten vaikutusten ennakkoarviointimenetelmän käyttö on harvinaista.
- Kuntien johtoryhmistä 46 % ei käsittele väestöryhmien välisiä terveyseroja eikä 27 % elintapoja.
- Kunnista 44 % ei raportoi valtuustolle tietoja väestöryhmien välisistä terveyseroista eikä 40 % tietoja elintavoista.
- Hyvinvointikoordinaattori on yhä useammin sijoitettu muualle kuin sosiaali- ja terveys-toimeen.

Timo Ståhl
029 524 7128
timo.stahl@thl.fi

Pia Hakamäki

Vesa Saaristo

Kirsi Wiss

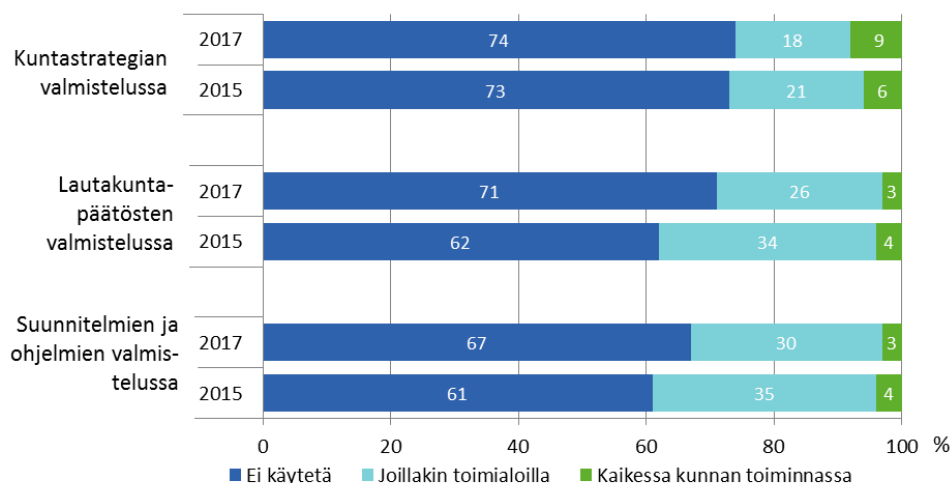
Vaikutusten ennakkoarvioinnin käyttöönotossa edelleen haasteita

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyö on kehittynyt kunnissa myönteiseen suuntaan vuodesta 2015 vuoteen 2017. Valtaosa on nimennyt hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutahot ja poikkihallinnollisessa yhteistyörakenteessa on yhä yleisemmin kunnan eri hallintokunnat edustettuina. Poikkeuksena tästä on sosiaali- ja terveystoimi, jonka edustajia on mukana aikaisempaa vähemmän. Väestön terveys- ja hyvinvointitietojen käsittely kunnan johtoryhmässä ja näiden tietojen raportointi valtuustolle on kuitenkin lisääntynyt.

Myönteisestä kehityssuunnasta huolimatta myös kehittämiskohteita on edelleen. Päätösten vaikutusten ennakkoarviointimenetelmää käytetään lautakuntien päätösten sekä kuntastrategioiden valmistelussa vain satunnaisesti. Väestöryhmien välisiä terveyseroja käsitellään ainoastaan noin joka toisen kunnan johtoryhmässä ja valtuustossa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus siirtää sosiaali- ja terveyspalvelut maakunnille, mutta hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on jatkossakin kunnan tehtävä. Tarvitaan selkeitä rakenteita, vastuuta ja ratkaisuja, jotka vahvistavat väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä.

Kuvio 1. Väestön hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten ennakkoarviointimenetelmän käyttö kunnissa vuosina 2015 ja 2017, kuntien prosenttiosuudet %.



Taustaa

Kokonaisvastuu väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä on kunnilla. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kunnan on järjestettävä terveyttä ja hyvinvointia tukevat sosiaali- ja terveyspalvelut sekä huolehdittava terveyden ja hyvinvoinnin edellytysten huomioimisesta myös muiden hallinnonalojen toiminnassa. Näistä molemmista tehtävistä on erikseen säädetty vuonna 2011 voimaan tullessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Kuntalain (410/2015) mukaan kunnan tehtävänä on edistää asukkaidensa hyvinvointia ja alueensa elinvoimaa. Lisäksi kuntalaki korostaa asukkaiden ja palvelujen käyttäjien osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia kunnan toimintaan.

Tässä raportissa tarkastellaan kunnan eri toimialojen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinaatiota ja rakenteita, joita on kehitetty pitkäjänteisesti useissa valtakunnallisissa hankkeissa 2000-luvulla. Tarkastelluille asioille on myös selkeät velvoitteet mm. terveydenhuoltolaissa. Tässä julkaisussa raportoidaan vuoden 2017 tilannetta ja soveltuvin osin tietoja verrataan edeltävään tiedonkeruuseen (Ståhl ym. 2015). Tiedot kerättiin keväällä 2017 kuntajohdolta. Kaikkiaan 270 (92 %) kuntaa toimitti tietonsa.

Vaikka sosiaali- ja terveyspalvelut (sote) ovat siirtymässä maakuntien vastuulle, jää kuntaan edelleen kokonaisvastuu kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöstä. Kunnissa tarvitaan selkeitä rakenteita ja prosesseja hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön suunnitteluun, koordinointiin ja johtamiseen. Tarve esimerkiksi perusopetuksen, liikuntatoimen, nuorisotoimen, kaavoituksen ja teknisen toimen työn koordinaatioon on jatkossa aivan yhtä suuri kuin nykyisinkin. Selkeät rakenteet myös mahdollistavat maakuntien sote-asiantuntemuksen tehokkaan hyödyntämisen kunnan toiminnassa.

Tiedonkeruussa kerätään tietoja terveydenedistämisasiivisuuden (TEA) viitekehyksen (sitoutuminen, johtaminen, seuranta ja tarveanalyysi, voimavarat, yhteiset käytännöt, osallisuus, muut ydintoiminnot) mukaisesti (Ståhl & Rimpelä 2010). Tulokset ovat kunta- ja aluekohtaisesti tarkasteltavissa avoimessa ja maksuttomassa TEAvisari-verkkopalvelussa (www.teaviisari.fi) sekä kysymyskohtaisesti perustaulukoissa (www.teaviisari.fi/kuntajohto).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohtamisessa on kehittynyt myönteisesti

Kokonaistulos kuvaa kuntajohdon panostusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Kokonaistuloksen mukaan kunnissa on tapahtunut positiivista kehitystä (taulukko 1). Tarkempi tarkastelu osoittaa, että keskeisimmät vahvuudet ovat väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan seurannassa ja tarveanalyysissä. Eniten kehitettävää on johtamisessa, esimerkiksi vaikutusten ennakoarvioinnin käytössä.

Taulukko 1. Terveydenedistämisasiivisuuden kehitys (pisteet*) vuosina 2011–2017.

Kuntajohto, koko maa	2011	2013	2015	2017
Kokonaistulos	62	73	75	79
Sitoutuminen	63	68	71	78
Johtaminen	57	70	71	75
Seuranta ja tarveanalyysi	57	72	82	85
Osallisuus	70	80	77	79

*Pisteet 0–100. Pistemäärä 100 tarkoittaa, että toiminta on kaikilta osin hyvän käytännön ja laadun mukaista. Tarkemmat tietosisällöt on kuvattu laatuselosteessa.

Sitoutuminen

Paikallinen turvallisuussuunnitelma

Paikallinen turvallisuussuunnitelma on keskeinen kuntien turvallisuustyön työkalu, jossa linjataan oleelliset toimenpiteet, joita tulevalle valtuustokaudella pyritään viemään eteenpäin. Suunnitelman valmistelu ja toimeenpano edellyttävät monialaista valmistelua, koordinoitua ja raportointia. Sen keskeisinä tavoitteina on ehkäistä onnettomuuksia, tapaturmia, rikoksia ja häiriöitä sekä edistää turvallisuuden tunnetta. Se voidaan tehdä myös osana laajan hyvinvointikertomuksen laadintaprosessia. Vuonna 2017 paikallinen turvallisuussuunnitelma oli laadittu 71 prosentissa kunnista. Kolmasosa oli laatinut erillisen suunnitelman, 30 prosenttia seudullisena tai alueellisena yhteistyönä ja 7 prosenttia osana hyvinvointikertomusta. Kunnista 29 prosenttia ilmoitti, ettei suunnitelmaa ollut laadittu. Suunnitelmien laatiminen oli hieman vähentynyt vuodesta 2015, jolloin vastaava osuus oli 20 prosenttia kunnista.

Toimenpiteiden määrittäminen hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on ollut vuosikymmeniä sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteena ja on myös yksi nykyhallituksen keskeisistä tavoitteista. Tavoitteen saavuttaminen edellyttää monialaisia kansallisia ja paikallisia toimia. Kolme neljästä (74 %) kunnasta oli määrittänyt hyvinvointikertomuksessa toimenpiteitä sosioekonomisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi. Kunnan talous- ja toimintasuunnitelmiin toimenpiteitä oli määritetty hieman harvemmin, 63 prosentissa kunnista.

Mittarit toiminta- ja taloussuunnitelmassa ja tavoitteiden arviointi tarkastuslautakuntien kertomuksissa

Kaksi kolmesta (68 %) kunnasta oli määrittänyt joko omia tai kansallisista tietolähteistä saatavia mittareita kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden toteutumisen arvioimiseksi. Hieman yli puolet (56 %) kunnista käytti omia mittareita. Kaksi vuotta aiemmin vastaavat osuudet olivat 69 prosenttia ja 52 prosenttia.

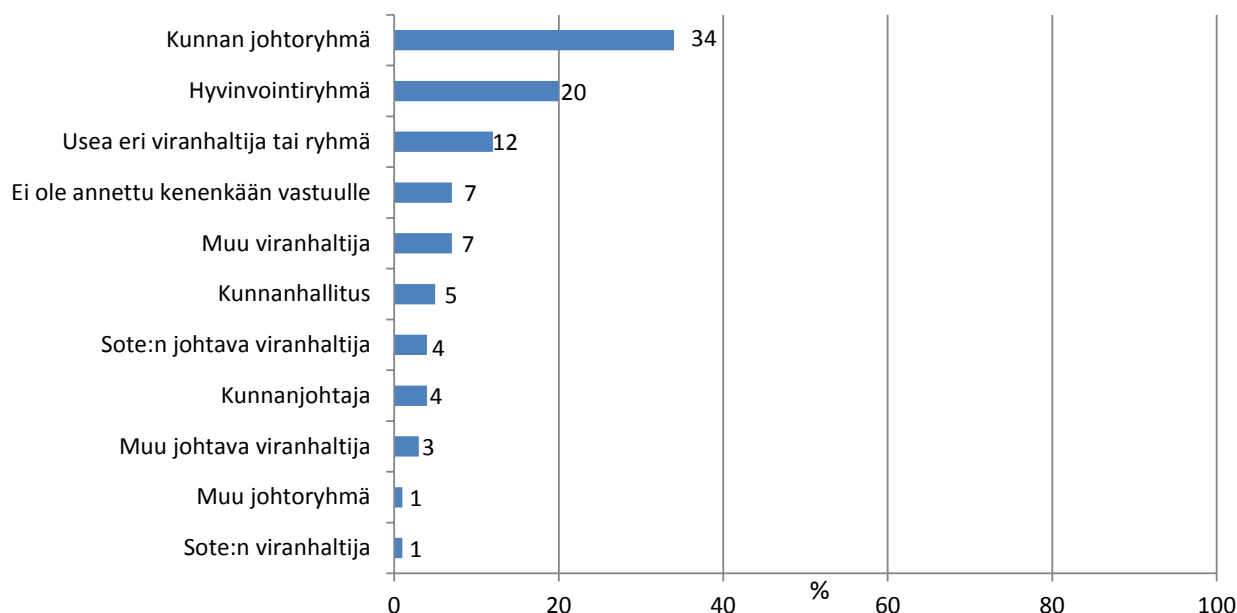
Kunnan hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista oli arvioitu 43 prosentissa tarkastuslautakuntien arviointikertomuksista valtuustokauden 2013–2017 aikana. Tilanne on parantunut edellisestä tiedonkeruusta, jolloin 30 prosentissa tarkastuslautakuntien kertomuksista oli arvioitu hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista.

Johtaminen

Vastuutahot

Vuonna 2017 vastuu kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä oli yleisimmin annettu johtoryhmälle (kunnan johtoryhmä 34 % tai muu johtoryhmä 1 %) (kuva 2). Viidennes kunnista oli nimennyt vastuutahoksi hyvinvointiryhmän. Aiempien vuosien kehitys on jatkunut ja vastuu on yhä yleisemmin annettu ryhmälle (60 %) yksittäisen viranhaltijan sijaan (31 %). Vuonna 2017 kunnista seitsemän prosenttia ei ollut nimennyt vastuutahoa. Tämä on hieman vähentynyt vuodesta 2015, jolloin vastaava osuus oli 10 prosenttia. Kirjallinen päätös vastuutahon nimeämisestä oli 47 prosentilla kunnista. Yleisimmin (47 %) päätöksen oli antanut kunnanhallitus.

Kuvio 2. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutahot vuonna 2017, kuntien prosenttiosuudet %.



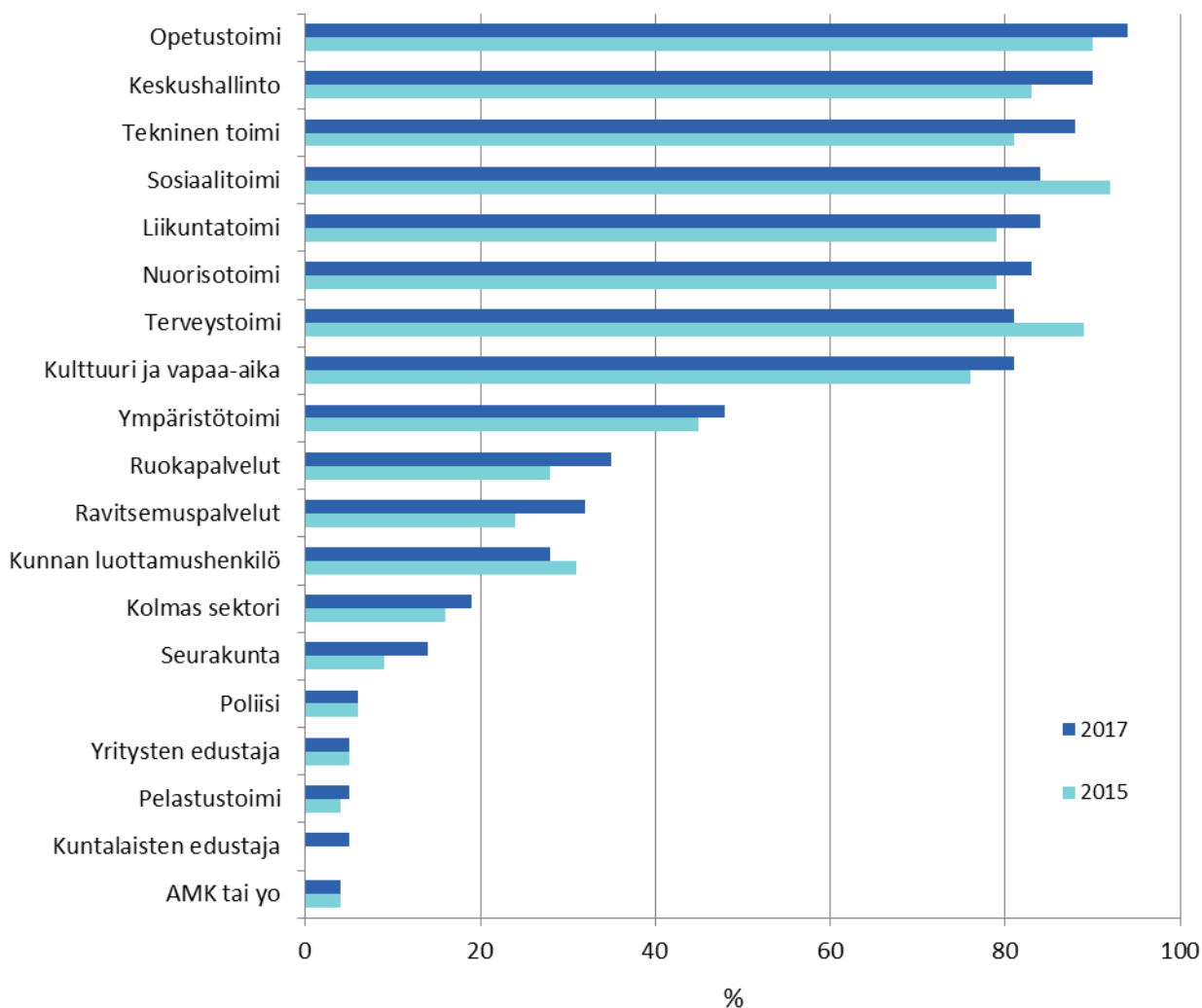
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (hyte) työryhmä vastaa kuntien poikkihallinnollisen työn koordinaatiosta ja toimeenpanosta. Tyypillisesti se myös raportoi kunnan johtoryhmälle, ellei se toimi samalla myös hyte-johtoryhmänä. Kunnan johtoryhmä tai laajennettu johtoryhmä toimi 38 prosentissa kunnista hyte-työryhmänä. Yleisin (51 %) oli eri hallinnonalojen tai yhteisöjen edustajista koostuva poikkihallinnollinen ryhmä. Neljässä prosentissa kunnista ei ollut hyte-työryhmää vuonna 2017. Kaksi vuotta aiemmin poikkihallinnollinen työryhmä puuttui kahdeksasta prosentista kuntia.

Hyte-ryhmiin voidaan kutsua myös muita paikallisia toimijoita kuten järjestöjen, koulutusorganisaatioiden tai yritysten edustajia, jolloin yhteistyöstä tulee systemaattista ja tiiviimpää. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmät muodostuivat yleisimmin kuntaorganisaation eri toimialojen edustajista (kuvio 3). Muista toimijoista yleisimpiä olivat kunnan poliittiset päätöksentekijät (28 %) ja kolmannen sektorin edustajat (19 %). Vuoteen 2015 verrattuna eniten oli vähentynyt sosiaali- ja terveystoimen edustajuus (-8 %-yksikköä) ja eniten oli yleistynyt ravitsemuspalvelujen mukanaolo (+8 %-yksikköä). Myös teknisen toimen ja keskushallinnon edustajat olivat yhä yleisemmin hyte-työryhmissä.

Kuvio 3.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmien kokoonpano vuonna 2015 ja 2017, kuntien prosenttiosuudet %.



Hyvinvointikoordinaattorit toimivat pääasiassa osa-aikaisesti tai oman toimen ohella

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön koordinoointiin oli nimetty henkilö 62 prosentissa kunnista vuonna 2017 (55 % vuonna 2015). Näistä kokopäivätoimisia oli 10 prosenttia ja useamman kunnan yhteisiä 6 prosenttia. Pääasiassa (46 %) tehtävää hoidettiin osa-aikaisesti tai oman toimen ohella.

Yleisimmin (37 %) koordinaattori oli sijoitettu sosiaali- ja terveystoimeen, mutta kuitenkin selkeästi harvemmin kuin vuonna 2015 (60 %). Keskushallinto (27 % vs. 21 %) ja sivistys-/opetustoimi (13 % vs. 6 %) olivat yhä useammin koordinaattorin sijoituspaikka.

Vaikutusten ennakoarviointimenetelmän käyttö harvinaista

Päätöksen väestön hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten ennakoarviointimenetelmän käyttöönotosta oli tehnyt 20 prosenttia kunnista. Kirjallinen toimintaohje vaikutusten ennakoarvioinnin toteuttamisesta oli 10 prosentissa kunnista.

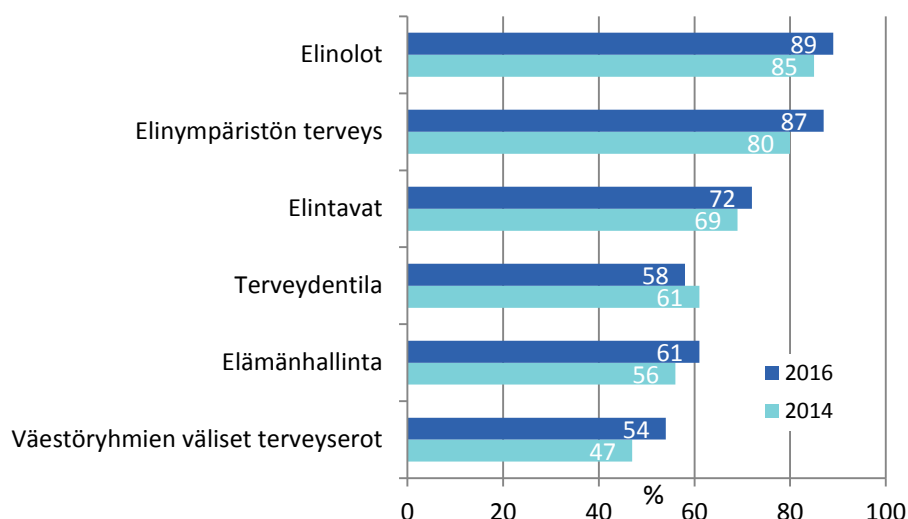
Menetelmän suunnitelmallinen käyttö oli kunnissa vielä harvinaista (kuvio 1). Kolme neljäsosaa (73 %) kunnista ilmoitti, ettei ollut käyttänyt menetelmää kuntastrategian valmistelussa lainkaan. Muiden suunnitelmien ja ohjelmien valmistelussa sitä oli käytetty joillakin toimialoilla reilussa kolmanneksessa (35 %) kunnista. Kahden vuoden seuranta-ajalla ennakoarviointimenetelmän suunnitelmallinen käyttö oli pysynyt ennallaan. (Ks. lisätietoa arviointimenetelmästä Sundqvist & Oulasvirta 2011.)

Seuranta ja arviointi

Hyvinvointi- ja terveystietojen käsittely yhä yleisempää

Vuonna 2016 kuntien johtoryhmissä hyvinvointi- ja terveystiedoista yleisimmin oli käsitelty kuntalaisten elinoloja (89 %), kuten toimeentuloa, koulutusta ja työllisyyttä, sekä elinympäristön terveellisyttä (87 %), kuten turvallisuutta ja viihtyisyyttä (kuvio 4). Lähes kolme neljästä (72 %) johtoryhmästä oli käsitellyt kuntalaisten elintapoja, yli puolet kuntalaisten terveydentilaa (58 %) ja elämänhallintaan liittyviä asioita (61 %). Harvimminkin käsiteltiin väestöryhmien välisiä terveyseroja (54 %). Kaikkien teemojen käsittely oli selkeästi yleisempää kuin kaksi vuotta aiemmin. Vuonna 2015 selvitettiin kuntalaisten sairastavuuden käsittelyä terveydentilan (vuonna 2017) sijaan, mikä on hieman saattanut vaikuttaa tiedon raportointiin.

Kuvio 4. Väestön hyvinvointi- ja terveysteemojen käsittelyn yleisyys kunnan johtoryhmässä vuosina 2014 ja 2016, kuntien prosenttiosuudet %.

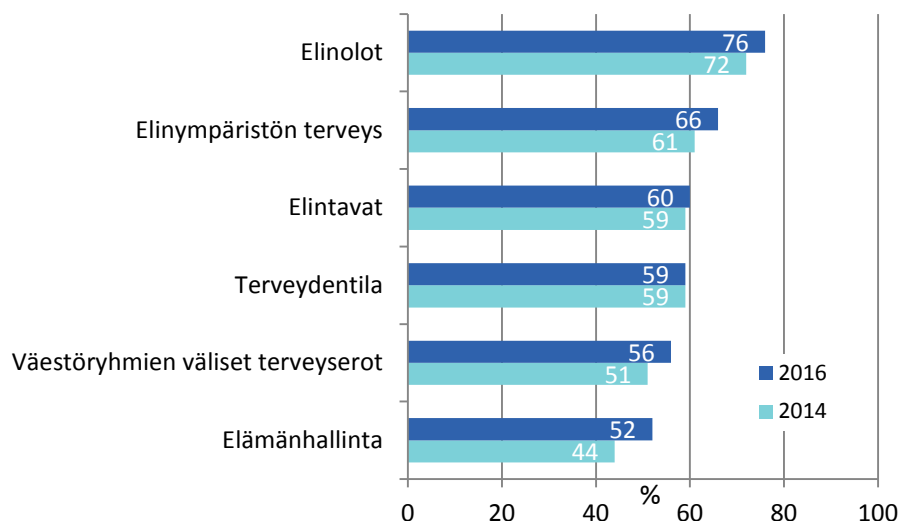


Valtuustolle raportoinnissa edelleen parannettavaa

Valtuustolle oli vuonna 2016 raportoitu yleisimmin (76 %) kuntalaisten elinoloja (kuvio 5). Selvästi yli puolessa kunnista valtuustolle raportoitiin elinympäristön terveydestä (66 %), elintavoista (60 %) sekä terveydentilasta (59 %). Eniten oli yleistynyt väestöryhmien välisistä terveyseroista raportointi (52 %).

Kuvio 5.

Väestön hyvinvointi- ja terveysteemojen raportoinnin yleisyys kunnanvaltuustolle vuosina 2014 ja 2016, kuntien prosenttiosuudet %.



Valtuuston hyväksymä hyvinvointikertomus suurimmassa osassa kuntia

Valtuuston hyväksymä hyvinvointikertomus oli vuonna 2017 lähes kaikissa kunnissa (91 %). Ainoastaan 19 kuntaa ilmoitti, että hyvinvointikertomusta ei ole laadittu. Vuonna 2015 hyvinvointikertomus oli 79 prosentilla kunnista. Laaja hyvinvointikertomus oli myös huomattavasti aiempaa yleisemmin kunnan verkkosivuilla kuntalaisten avoimesti tarkasteltavana (69 % vs. 54 %).

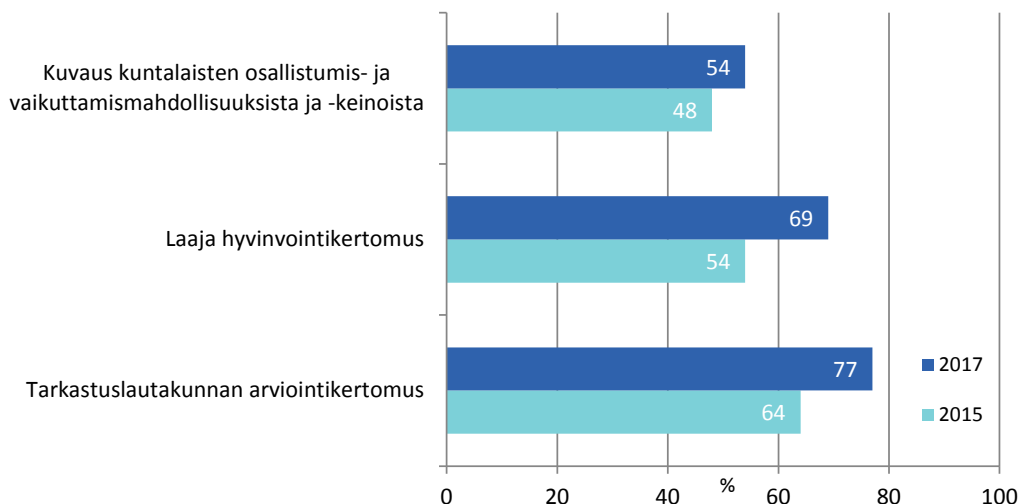
Osallisuuden edistäminen

Verkkosivut osallisuuden edistäjänä – kehitettävää vielä paljon

Tarkastuslautakunnan arviointikertomus oli kuntalaisten avoimesti tarkasteltavissa kunnan verkkosivuilla 77 prosentissa, laaja hyvinvointikertomus 69 prosentissa ja kuvaus kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista ja -keinoista 54 prosentissa kunnista. Vuoteen 2015 verrattuna tilanne on parantunut, vaikka kehitettävää vielä on (kuvio 6).

Kuvio 6.

Kunnan verkkosivuilla kuntalaisten avoimesti tarkasteltavissa olevat asiakirjat ja kuvaus osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista vuosina 2015 ja 2017, kuntien prosenttiosuudet %.

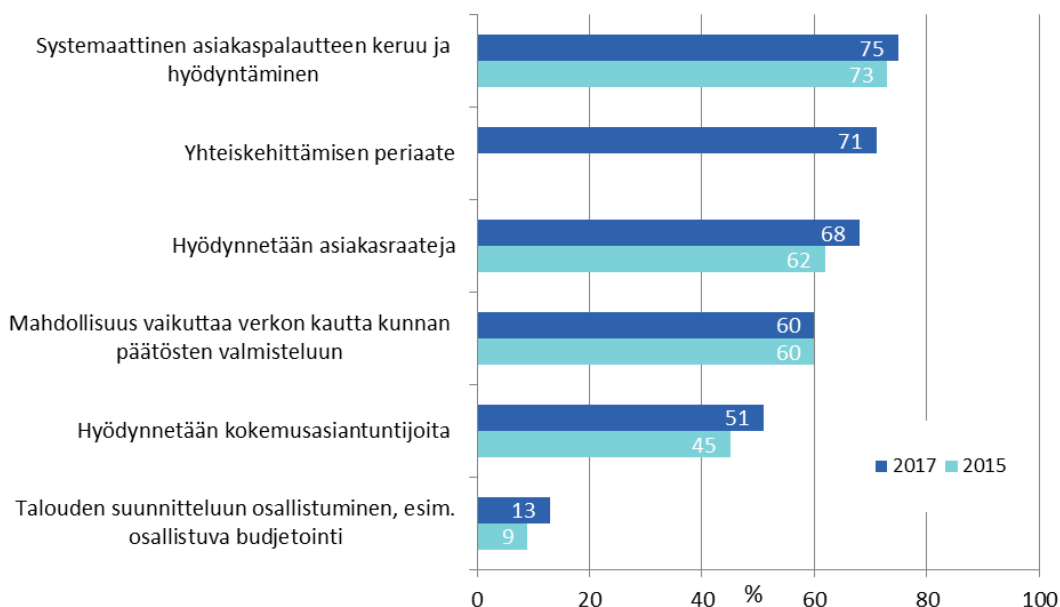


Kuntalaisten osallistumiskeinot palveluiden kehittämiseen ja suunnitteluun yhä yleisempiä

Kunnat tarjoavat kuntalaisille monia eri tapoja osallistua kunnan toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen. Yleisimmin (75 %) käytössä oli systemaattinen asiakaspalautteen kerääminen ja niiden tuloksien hyödyntäminen suunnittelu- ja kehittämistyössä (kuvio 7). Harvimminkin kunnat tarjosivat kuntalaisille mahdollisuutta talouden suunnitteluun esimerkiksi osallistuvan budjetoinnin kautta. Tämä oli käytössä vain 13 prosentissa kunnista.

Kuvio 7.

Keinot, joilla kuntalaiset voivat osallistua palveluiden kehittämiseen ja suunnitteluun 2017, kuntien prosenttiosuudet %.



Osallisuuden tavoitteet ja toimenpiteet kuntasuunnittelussa

Puolet kunnista oli määritellyt vuoden 2017 toiminnan suunnittelussa kuntalaisten osallisuuden edistämisen tavoitteet joko toiminta- ja taloussuunnitelmassa (41 %) tai erillisessä osallisuusohjelmassa (9 %). Vastaavasti toimenpiteitä kuntalaisten osallisuuden edistämiseksi oli määriteltä hieman yleisemmin; 37 prosenttia kunnista oli määritellyt tavoitteet toiminta- ja taloussuunnitelmissa ja 10 prosenttia erillisessä osallisuusohjelmassa.

Kirjallisuus

Kuntalaki (410/2015). <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410>

Perustaulukot tuloksista aluehallintovirastojen aluejaon, maakuntien, tilastokeskuksen kuntaryhmitäksen ja kunnan koon mukaisesti <http://www.teaviisari.fi/kuntajohto>.

Sundquist L & Oulasvirta L. (toim.) 2011. Vaikutusten ennakoarvointi kunnallisessa päätöksenteossa. Suomen Kuntaliitto. Saatavissa verkossa: http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/arviointi_suositus_ebook.pdf.

Ståhl T, Wiss K, Hakamäki P & Saaristo V. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuminen kunnassa – rakenteet, vastuut, seuranta ja voimavarat. Tutkimuksesta tiiviisti 31, syyskuu 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-527-1>.

Ståhl T, & Rimpelä M. 2010. Väestön terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Teoksessa Ståhl T & Rimpelä A. (toim.) Terveiden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. THL Teema 9/2010. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085430>.

TEAvisari. <http://www.teaviisari.fi>.

Terveidenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Laatuseloste

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA

Tilastotietojen relevanssi

Terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmä TEAvisari on kehitetty yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL), sosiaali- ja terveysministeriön, opetus- ja kulttuuriministeriön, Opetushallituksen ja Suomen Kuntaliiton kanssa. Vertailutietojärjestelmä tekee näkyväksi kuntien tekemän työn asukkaidensa hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi seitsemällä eri toimialalla. Kuntien strategisen johtamisen lisäksi kerätään tietoja terveydenedistämisaktiivisuudesta (TEA) perusterveydenhuollossa, perusopetuksessa, liikunnassa, lukioissa, ammatillisessa koulutuksessa ja ikääntyneiden palveluissa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen keräämä Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa -aineisto tarkastelee erityisesti kuntajohdon roolia ja merkitystä kunnan kaikkia toimialoja koskevassa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä. Raportoidut tiedot kuvaavat erityisesti perusedellytyksiä, jotka mahdollistavat tehokkaan ja toimivan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön johtamisen kunnan kaikilla hallinnonaloilla. Tiedot eivät kuvaa operatiivista, päivittäistä toimintaa.

Tietoja käytetään mm. sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamistyön arvioinnissa sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ohjauksessa ja valvonnassa. Tietoja on tarkoitus käyttää myös valmisteilla olevan Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lisäosan laskemisessa, jota suunnitellaan yhdeksi kuntien valtionosuuden määräytymisen kriteeriksi.

Tietojen avulla kunnat ja alueet voivat kehittää ja arvioida hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tilannetta suhteessa koko maahan tai toisiin kuntiin. Tiedot on tarkoitettu kuntien ja kaupunkien viranomaisille, kansallisille ja alueellisille viranomaisille sekä päätöksentekijöille, suunnittelijoille ja tutkijoille.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa -kokonaisuus jakaantuu neljään eri ulottuvuuteen eli sitoutumiseen, johtamiseen, seurantaan ja tarveanalyysiin sekä osallisuuteen.

- Sitoutuminen kuvaa strategiatasolla kunnan sitoutumista hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, esimerkiksi teeman näkyvyyttä keskeisissä asiakirjoissa sekä toimeenpanoa tukevien mittareiden käyttöä osana taloussuunnittelun prosessia.
- Johtaminen kuvaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen organisointia, vastuun määrittelyä ja toimeenpanoa.
- Seuranta ja tarveanalyysi kuvaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen vaikuttavien tekijöiden seurantaa ja tarveanalyysia väestöryhmittäin sekä raportointia johto-/työryhmälle ja luottamushenkilöille.
- Osallisuus kuvaa kuntalaisten mahdollisuutta osallistua palvelujen kehittämiseen ja arviointiin.

Tiedonkeruu toteutetaan parittomina vuosina, vuodesta 2011 alkaen. Tiedonkeruu toteutetaan yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton kanssa. Tiedonkeruun valmistelussa asiantuntijatyöryhmä käy läpi edellisen tiedonkeruun sisällöt ja uudelleen arvioi sekä pisteyttää yksittäiset kysymykset. Lisäksi kunnista saadut palautteet ja uudet sisältöehdotukset huomioidaan valmistelussa. Valmisteluprosessiin osallistuu useita kuntien, kaupunkien ja alueiden edustajia ja vuonna 2017 Terve Kunta -verkoston johtoryhmä käsitteli tiedonkeruuta koskevat muutokset kahdessa kokouksessa.

Menetelmäkuvaus

THL kokoaa Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa -kokonaisuuteen tarvittavat tiedot eri tietolähteistä. Yhteensä kunnan strategiseen johtamiseen liittyviä indikaattoreita vuonna 2017 on 50 kappaletta, joista 49 kerätään suoraan kuntajohtajilta tai muilta johtavilta viranhaltijoilta tiedonkeruun avulla. Tieto savuttomaksi julistautuneista kunnista saatiin Savon Sydänpiiri ry:ltä.

Tiedonkeruu kuntien johdolle väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä toteutetaan keväisin, kahden vuoden välein parittomina vuosina. Linkki tiedonkeruulomake lähetetään kaikille kunnanjohtajille sähköpostilla. Tiedot pyydetään keräämään yhteistyössä kunnan johtoryhmän kanssa. Paperinen tiedonkeruulomake postitetaan kuntien kirjaamoihin. Tietojen toimittamisesta muistutetaan kerran postitse ja kahdesti sähköpostilla. Tämän jälkeen aluehallintoviranomaiset voivat olla yhteydessä oman alueensa kuntiin. THL:n yhteyshenkilö on vielä henkilökohtaisesti yhteydessä kaikkiin vastaamattomiin kuntiin soittamalla kesäkuun alussa.

Tiedonkeruun materiaaleihin, kuten lomakkeeseen, voi tutustua TEAviisarin verkkosivuilla (<http://www.teaviisari.fi/kuntajohto>).

Tilaston tiedot kuvaavat neljää terveydenedistämisasiivisuuden ulottuvuutta eli sitoutumista, johtamista, seuranta ja tarveanalyysia sekä osallisuutta. Ulottuvuuskohtaiset pistemäärät on saatu pisteyttämällä kunnan toimintaa kuvaavat tosiasialuonteiset tiedot suhteessa lainsäädäntöön, suosituksiin ja hyviin käytäntöihin. Kokonaispistemäärä on ulottuvuuksia kuvaavien pistemäärien keskiarvo. Indikaattorit on pisteytetty asteikolla 0–100. Pistemäärä kuvaa, miten hyvin hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen toteutuu kuntien strategisessa johtamisessa. Pistemäärä 100 tarkoittaa, että toiminta on kaikilta osin hyvän käytännön ja hyvän laadun mukaista.

Esimerkki indikaattorin pisteytyksestä:

Kysymys 10. Onko tarkastuslautakunnan tekemässä arviointikertomuksessa arvioitu valtuustokauden 2013–2017 aikana kuntanne hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista?

Ei tietoa	(0 pistettä)
Ei	(0 pistettä)
Kyllä	(100 pistettä)

Alueiden pistemäärä on kuntakohtaisten tietojen väestömäärällä painotettu keskiarvo.

Tietojen kattavuus

Vuonna 2017 tietonsa toimitti kuntaa 270 (92 % kaikista Manner-Suomen kunnista). Vastausaktiivisuus oli korkein Pohjois-Suomessa (95 %) ja matalin Lounais-Suomessa (89 %). Kunnan koko oli yhteydessä vastausaktiivisuuteen: kaikki yli 20000 asukkaan kunnat ja 98 prosenttia 10000–19999 asukkaan kunnista toimitti tietonsa. Vastanneet kunnat kattoivat 98 prosenttia koko maan väestöstä.

Lomakkeella oli 49 yksittäistä tietoa, jotka kuvasivat kunnan strategista johtamista. Tiedot olivat sellaisia, jotka valmistelevalle työryhmälle arvioon mukaan jokaisen kunnan olisi ollut mahdollista toimittaa tiedonkeruuta varten. Kattavia vastauksia oli 180 kappaletta. Korkeintaan kolme tietoa puuttui 87 prosentilta tiedot toimittaneista kunnista. Puuttuvien tietojen lukumäärä oli yhteydessä tilastolliseen kuntaryhmittelyyn ja kunnan asukaslukuun siten, että maaseutumaisilla kunnilla ja alle 10000 asukkaan kunnilla tietoja puuttui keskimäärin enemmän. Ahvenanmaa ei vuonna 2017 ollut mukana tiedonkeruussa. Vuonna 2015 ainoastaan kaksi Ahvenanmaan 16 kunnasta toimitti tietonsa.

Tietojen oikeellisuus ja tarkkuus

Vuonna 2017 tiedot kokosi joka toisessa kunnassa kunnanjohtaja yhdessä kunnan johtoryhmän kanssa (52 %). Kaksi kuntaa kolmesta (62 %) ilmoitti käsitelleensä tiedonkeruulomaketta kunnan johtoryhmässä. Ohje oli, että lomaketta tulisi käsitellä kunnan johtoryhmässä. Joka viidennessä kunnassa (20 %) vastauksen valmisteluun oli osallistunut hyvinvointikoordinaattori tai vastaava.

Vuonna 2017 aineiston laadun ja luotettavuuden kehittämiseksi kaksi tietoa tarkistettiin ja käytiin läpi systemaattisesti. Tarkistukseen valitut tiedot olivat viitekehyksen eri ulottuvuuksista. Suunnitteilla olevan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lisäosan hyte-indikaattorit, kehittämistyön kannalta sisällöllisesti keskeiset teemat ja kysymysten todennettavuus huomioitiin tarkistettavien tietojen valinnassa. Valittujen kysymysten kyllä-vastaukset tarkistettiin käymällä läpi kuntien verkkosivuilta löytyvät tiedot ja kyseiset asiakirjat. Jos asiakirjasta ei löytynyt tietoa, asiakirja tarkistettiin uudelleen. Jos tietoa ei vielä löytynyt, kuntiin oltiin yhteydessä puhelimitse tai sähköpostitse ja pyydettiin tietoihin täydennystä tai vahvistusta. Näin kunnan yhdyshenkilölle annettiin mahdollisuus tarkentaa antamia tietoja ja pienennettiin tarkistusvirheen mahdollisuutta. Tarkistuksessa mukana olleiden tietojen osalta tietojen puutteellisuus tai epäselvyys ei ollut systemaattista, eli yhdeltäkään kunnalta ei vaadittu lisäselvitystä kumpaankin tarkistettavaan tietoon.

Ensimmäinen tarkistettava tieto oli kuntien toiminta- ja taloussuunnitelmien mittarit tai tunnusluvut koskien väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden seuranta (kysymys 9). Tämän kysymyksen vastausten tarkistamisessa

käytiin läpi kuntien talousarvioita. Yhteensä tarkistettiin 180 kunnan talousarvio. Tarkistuksen aikana yhteydenotto kuntaan tehtiin ensin niiden seitsemän kunnan osalta, joiden talousarviota ei ollut kunnan verkkosivuilla. Lopullisen tarkistuksen jälkeen kolmen kunnan tietoihin pyydettiin täydennystä kunnasta. Täydennyspyynnön jälkeen yhden kunnan tieto korjattiin.

Toinen tarkistettava tieto oli, toimiiko kunnassa lapsiparlamentti tai vastaava (kysymys 30). Tietoa etsittiin pääasiassa kunnan verkkosivuilta tai sieltä löytyvistä asiakirjoista (Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma tai Lasten ja nuorten hyvinvointipoliittinen ohjelma). Yhteensä 52 kunnan tieto tarkistettiin. Tarkistuksen jälkeen todennettiin 41 kunnan tiedot ja yhteensä 11 kunnan tietoihin pyydettiin vahvistusta tai täydennystä. Täydennyspyynnön jälkeen 8 kunnan tieto korjattiin. Syy tiedon korjaukseen oli pääasiassa se, että lapsiparlamentiksi ei hyväksytty koulukohtaisesti toimivia oppilaskuntia.

Tarkistettuja asiakirjoja oli yhteensä 232 ja niissä muutettavia tietoja oli yhdeksän. Korjattavaa oli yhteensä yhdeksän eri kunnan tiedoissa. Luotettavuuden kannalta oleellista oli, että virheellisten tietojen toimittaminen ei ollut systemaattista.

Julkaistujen tietojen ajantasaisuus ja oikea-aikaisuus

Tiedot hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuntajohdossa kerätään parittomien vuosien keväällä ja kysymyskohtaiset perusjakaumat julkaistaan perustaulukoissa saman vuoden elokuussa kuntakoon, tilastollisen kuntaryhmituksen, aluehallintoviraston alueen ja maakunnan mukaan.

Kuntakohtaiset tiedot raportoidaan pisteytettyinä marraskuussa TEAvisarissa. TEAvisarissa tiedot esitetään valmiiksi analysoituina yhteenvetoina ja toiminnan suunnittelun, johtamisen ja arvioinnin kannalta hyödyllisinä visuaalisina graafeina. TEAvisari näyttää kokonaiskuvan sekä auttaa tunnistamaan kunnan strategisen johtamisen keskeiset vahvuudet ja kehittämistarpeet.

Tietojen saatavuus ja läpinäkyvyys/selkeys

Tiedot julkaistaan THL:n ylläpitämässä palvelussa osoitteessa www.teaviisari.fi ja perustaulukot osoitteessa <http://www.teaviisari.fi/kuntajohto>. Tilastotietoja voi poimia myös Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetistä osoitteesta <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku?q=4072>. Sotkanetissä on mahdollista tarkastella vain kokonaispisteitä. Ulottuvuuksittain ja yksittäisten indikaattoreiden tasolla tiedot ovat saatavilla TEAvisarista. Tiedot raportoidaan voimassa olevalla kuntajaolla. Tilastoraportissa julkaistaan päätulokset.

Tilastojen vertailukelpoisuus

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa -aineisto on kerätty vuosina 2011, 2013, 2015 ja 2017. Tietosisältöön on kehitetty uusia indikaattoreita ja myös tehty pieniä muutoksia. Keskeinen tietosisältö, yhteensä 18 indikaattoria, on pysynyt samana. Vuonna 2017 indikaattoreita oli yhteensä 50, joista 44 oli käytössä myös vuonna 2015. Vuonna 2017 tiedonkeruulomakkeeseen lisättiin vaihtuvat teemat -osio palvelemaan esimerkiksi STM:n hallinnonalan kärkihankkeiden seurantaa. Vuonna 2017 samoja indikaattoreita kuin vuonna 2015 oli ulottuvuuksittain tehdyssä tarkastelussa seuraavasti: sitoutuminen 8/10, johtaminen 12/13, seuranta ja tarveanalyysi 13/13 ja osallisuus 11/14. Vuonna 2015 indikaattoreita oli yhteensä 72 kpl, vuonna 2013 yhteensä 64 kpl ja vuonna 2011 47 kpl.

Selkeys ja eheys/yhtenäisyys

Tilasto sisältää melko kattavasti koko maan tiedot hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuntien strategisen johtamisen näkökulmasta (92 % kunnista). Kattavuus on noussut, vuonna 2015 kattavuus oli 79 %, vuonna 2013 67 % ja vuonna 2011 58 % kunnista.

Vuoden 2017 erityiskysymykset

Kaikkiaan 25 kuntaa ei toimittanut tietojaan: Iitti, Isokyrö, Jokioinen, Karstula, Kaskinen, Koski Tl, Loppi, Luhanka, Merijärvi, Multia, Oripää, Parainen, Parikkala, Pelkosenniemi, Pello, Pertunmaa, Pomarkku, Pyhäjoki, Pöytyä, Rautalampi, Rautavaara, Tervo, Teuva, Ypäjä, Ähtäri.